

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : K1128/1913		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 12/12/18			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम HASUBALA MANJARI		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 80	SEX लिंग: F.	 	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम NEPAL MAJI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता SUKSHA KHANNAJANAPUR BHATTACHARJEE, BANGKURA, #22205, WEST MEDANIPUR					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता - AS ABOVE -					
OCCUPATION: व्यवसाय HONE MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय NIL		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)			
PAN No. आईएन सीटी नंबर					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं।) Yes / No हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant संबंधक से क्या संबंध	
1.	HASUBALA MANJARI	80	F.	SELF	
2.	KAILASH MANJARI	56	M	SON	
3.	MAITRY MANJARI	50	N	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) रशियी रेटा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने करने किसी का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/की/उनके से जारी की गई डॉक्टरों सूची संलग्न					
Sr. No. क्रम संख्या	1. DIAGNOSIS - Cancer - LG.				
	2. SURGERY - LG (Gastric)				
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED तो यह सहायता कितनी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/termination.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस आवेदन में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस शर्त पर कि आवेदन दाखल या संश्लेषण की जाए, आवेदनकर्ता, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। इस प्रकार का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनकर्ता का हस्ताक्षर या बायाँ 엄지 انگुठा का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हम यहाँ घोषणा करती हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न उद्देश्य के लिए सहायता मांग रहे हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से बिना किसी भी शर्त के सहायता मिले।

- 1) यह कि न तो हम (हॉस्पिटल) और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मांगेंगे, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाएगी, जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण रूप से नहीं मिलती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण रूप से नहीं मिलती है, तो हम (हॉस्पिटल) को अधिकृत करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रकार का व्यवस्थापन "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय सहायता है। उपचार का चयन "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रदान की गई सहायता के आधार पर किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के आधार पर ही उपचार का चयन किया जाता है। इसलिए "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय सहायता है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी वित्तीय या चिकित्सीय दायित्व नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संश्लेषण

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नंबर Dr. Shankar Nag (OPHTH)	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर का नाम व पद Shri Sankar Bagchi Director (OPHTH)
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
--	--